

醫院形象定位之研究一 以台北市六家醫學中心的家醫科就診民衆為例

張櫻淳¹ 黃文鴻² 蘇 喜³

本研究的主要目的在於瞭解消費者心目中所認知的各醫院的形象定位。首先從文獻中歸納出26項屬性，將其設計為五點式的李克特氏量表，經施測及因素分析後，共得五個形象構面。設計問卷測量消費者認知的形象定位，以台北市六家醫院的家醫科就診民衆為研究對象，發出問卷共1519份。有效問卷回收612份(回收率40.3%)經分析後，主要結果為：

- 一、五個形象構面：(1)等候時間的長短；(2)醫院的整體觀感；(3)門診的醫療品質；(4)就醫的便利性；(5)醫院和醫師的名聲。且就本研究而言，醫療品質與整體觀感是民衆認為較重要的兩項。
- 二、樣本人口所認知的醫院形象定位為：A、B、C醫院目前的定位明確，分別為醫院及醫師的名聲、整體觀感及就醫的便利性；D、E、F醫院則不明確且同質性高；而等候時間與醫療品質則是尚未被佔據的開放位置，係可發展行銷策略的定位點。(中華衛誌 1998；17(2)：111-124)

關鍵詞：醫院形象，定位，行銷策略。

前 言

依據行政院衛生署的統計[1]，台北醫療區域截至民國八十三年底共有醫院數177家(且其中包括醫學中心4家及準醫學中心2家)、診所數4,599家、急性病床25,061床、醫師數12,711人(包括中、西醫及牙醫)、人口數5,914,309人，平均每萬人口醫師數為21.5人；每萬人口急性病床數為42.4床，與民國八十九年底政府的醫療網終期目標，每

萬人口醫師數13.3人；每萬人口急性病床數40床[2]相比較，可知台北醫療區域的醫療資源已超過政府之目標，且資源大多集中在台北市。而目前台灣地區經醫院評鑑為醫學中心或準醫學中心的醫院家數共有13家，其中即有6家位於台北市境內，因此台北市可謂全台灣地區醫療資源最為豐富的地區，民衆就診的選擇性多，而醫院間的競爭壓力也相對地增加。

同為醫學中心，它們的組織目標、服務功能應屬相近，然而它們在民衆心目中的定位是否也相同呢？它們彼此間的競爭態勢又如何呢？民衆對醫院的印象是否與醫院所欲建立的形象相符合呢？本研究即是以台北市六家醫學中心(包含準醫學中心)的家庭醫學科就醫民衆為例，進行醫院形象定位之分析，期藉此瞭解消費者(或民衆)心目中所認知的各醫院之形象定位。

¹ 中央健康保險局北區分局

² 國立陽明大學衛生福利研究所副教授

³ 國立台灣大學醫療機構管理研究所副教授

聯絡人：黃文鴻

聯絡地址：台北市立農街二段155號

聯絡電話：(02)2826-7175

傳 真：(02)2820-5503

投稿日期：86年5月9日

接受日期：87年2月3日

市場定位的應用與理論的重要性與日俱增，這是因為近代市場的社經人口結構、技術水準、管理方式、傳播媒體等都在急速地轉變中，所以行銷管理者不得不尋求新的方法與策略，以因應這市場需求的改變。定位的概念早已被採用在醫療照護的某些領域，但大多是無意間促成的[3]，然而面臨競爭性日漸提高的今日，醫院要重新訂定自我的目標與形象、增加或刪除某些產品線(product lines)，因此必須致力於找尋自我的定位，否則將失去在這市場的競爭優勢。

Kotler和Clarke認為醫院形象是「一個人對於某家醫院所具有的信念、想法與印象的總合」[4]，這是一種概念性定義(conceptual definition)。本研究採用之操作型定義(operational definition)為Lim & Zallocco[5], Javalgi et al.[6], Smith & Clark[7]等人所提出之定義—「消費者依據過去的經驗，以及從各種管道所得的相關資訊，評估醫院的各項屬性，綜合起來即為醫院的整體形象(overall image)」。

定位(positioning)的觀念始於1970年代，Rise和Trout[8]在美國廣告時代雜誌(Advertising Age)中刊載了一系列有關“定位”的文章，並於1982年出版了“Positioning: The Battle for Your Mind”一書，他們認為在這個傳播泛濫、一片混戰的局面裡，想要有所斬獲，就必須要有選擇性的作法，縮小訴求目標，實施市場區隔，一言以蔽之，就是「定位」。繼而闡釋：「定位始於產品—商品、服務、公司、機構，甚至於個人，全都可以定位。但是定位的活動，並不是在產品本身，而是在消費者的心裡。意即要將產品定位在消費者的心目中。」而日本經營策略規劃大師藤敬[9]亦說：「主宰市場的不再是品質或技術，而是顧客的感覺。“感覺真好”是消費者的行動基準，抓住顧客的感覺就能成功。」所以，定位即是要抓住顧客的感覺、進佔消費者的心。

“定位”對於不同的人，可能有其不同的意義，是市場區隔決策、是形象問題或者是選擇產品屬性加以強調的方法等。然而在經過多年的發展，定位的觀念已成為最重要

的行銷策略之一，Augustine & Long[10]認為醫院定位是一項策略性工具，一種概念與過程，是醫院用來創造消費者對其獨特屬性的特定知覺與價值(我們可將之稱為醫院的形象)，而這些知覺與價值有別於其他競爭者。Kotler[4]有相類似的定義：「定位是規劃組織形象與價值的活動，以使市場區隔內的消費者瞭解並感受到組織與其他競爭者所佔據的相對位置。」因此，定位不只是決定市場中的位置而已，它是一種策略發展的過程，包括了許多要素：尋找市場區隔、選定目標市場、選擇市場定位及發展行銷組合等。

然而無論醫院選擇哪種定位，最重要的是該定位必須與消費者心目中的構念(constructs)相符合，而這些構念包括舊的與新的形象[10]，因為消費者在面對多如牛毛的訊息時，會產生所謂的選擇性記憶(selective retention)，只接受符合其所認知的形象的訊息。因此，醫院應尋找“差異”，相較於競爭者的差異，例如以最好的、最大的、最快的、最人性化的或者是最有效率等以佔據有利的市場位置。

醫院定位決策發展過程包括七大步驟：

- 一、環境分析，進行市場調查並藉由醫院內部與外部資料的分析，重新界定相對於其他競爭者的理想定位[11]；
- 二、陳述問題，分析資料後，發展與評估可能的“定位”準則；
- 三、選擇理想的市場位置；
- 四、擬訂行銷組合目標及策略，設定策略的整體目標，並依目標規劃行銷組合—Consideration、Access and Availability、Promotion、Service以支持醫院所選擇的定位；
- 五、進行定位策略；
- 六、評估定位策略，評估策略的有效性；
- 七、調整，適當地調整計畫，但仍須依循原本的策略與目標。

定位的測量是經由一些分析方法，而將各醫院依其消費者心目中的形象在知覺圖上標示出來，視其各醫院形象屬性(構面)間異同的比較，以作為擬訂行銷或定位策略的依據。定位的研究應用到許多不同的方法，其

中大多數是一種多變量或多元尺度的分析法，常見的有：因素分析法、鑑別分析法、集群分析法……，等等。而對應分析法(correspondence analysis)近年來於行銷領域極受歡迎，它最大的優點是可將屬性(或構面)與客體(即醫院)同時呈現在形象知覺圖上，讓高層主管可以很容易地瞭解醫院與其他競爭者目前的相關位置。另外，重要性／績效分析法則是一種方法簡單、低成本的技術，可以將醫院所須加強改善或繼續保持的特性標示出來，而有利於醫院的重點式管理。以下將簡單介紹重要性／績效分析法與對應性分析法。

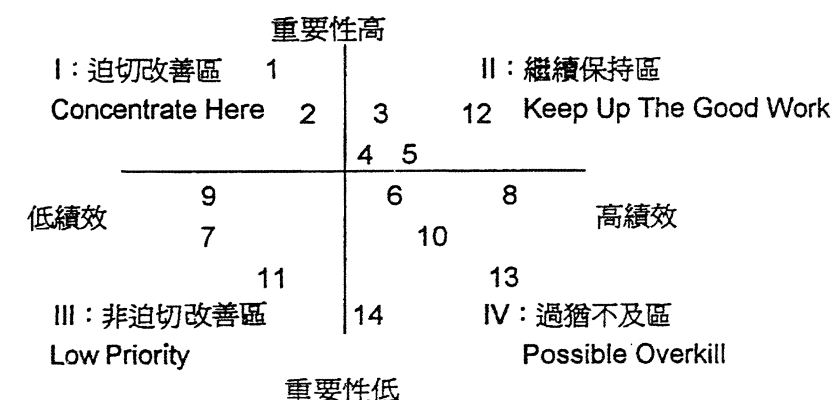
重要性／績效分析法是Martilla及James [12]於1977年所提出的一種分析技術，衡量消費者對各種屬性(或構面)的重視程度一重要性，以及對業者(醫院)在這些屬性表現上的評估情形一績效，將各屬性於分析後，在二維座標平面圖上標出相關位置，可以看出醫院在各屬性上之表現是否達到消費者的需求水準。其方法概述如下：

- 一、計算醫院屬性的的重要性分數的中位數(P_0)，以及醫院屬性表現評估(滿意度)分數的中位數(D_0)；
- 二、將各屬性之重要性平均分數(P_j ，j代表不同屬性或構面)減去上述之中位數(P_0)，

即所謂重要性；而各醫院屬性滿意度平均分數(D_{ij} ，i代表不同的醫院，j代表不同的醫院屬性)減去上述的中位數(D_0)，即績效；

- 三、將步驟二，所得之分數[($P_j - P_0$)，($D_{ij} - D_0$)]，分別針對不同的醫院，將各屬性之重要性／績效標示於二維座標圖上。亦即以(P_0 ， D_0)為原點來標示，根據Martilla及James的研究指出以中位數為基準而不以平均值的原因，是由於以中位數為基準可得到較滿意的結果；
- 四、假設有醫院(H_A)，而醫院形象屬性有14項，則以(P_0 ， D_0)為基準，將[($P_j - P_0$)，($D_{Aj} - D_0$)]標示於座標圖上，如圖一。

若屬性相關點落在I區(如屬性1)，則表示該屬性重要性高但未達到消費者的要求，應列為首要改善目標；若落在II區(如屬性3)則表示消費者重視該屬性，且該屬已達到消費者要求，應繼續保持；若在III區(如屬性7)則表示消費者對該屬性不甚重視，但也未達滿意水準，可列為次要的改善項目；若落在IV區(如屬性10)則表示該屬性已超過消費者之要求，但重要性不高，可視情況斟酌變動之。因此，醫院管理者可以此分析來決定優先改善的事項，做重點式的管理。



資料來源： Martilla JA. James JC. Importance-performance analysis. J Mark. 1977; 41(1): p78.

圖一 重要性／績效分析圖

對應性分析法最早是由法國的Benzeci於1970年所提出，又稱為R-Q型分析[13]，係以R型和Q型因素分析為基礎發展起來的一種多元尺度的統計方法。

因素分析法是用最少的共同因子(common factor)去提取研究對象的絕大部分訊息，既減了因子的數目，又把握住了研究對象之間的相互關係。因素分析依研究對象的不同可分為R型與Q型兩大類，如果研究對象是變量，則採用R型，如果是客體(objects)則採Q型，這兩種分析通常是對立的概念，它們是分別進行處理的，若要瞭解變量與客體之間的關係，因素分析就比較困難。此外，對於p個變量、N個客體而言，如果N很大，進行Q分析時需要計算一個 $N \times N$ 的相關矩陣的特徵值(eigenvalue)與特徵向量(eigenvector)，會佔據大量電腦內存空間和耗費較多的CPU時間。而在進行數據處理時，為了將數量級相差很大的變量進行比較，需要對變量進行標準化處理時，亦使R型與Q型之間的聯繫帶來一定的困難。

對應分析即是為克服因素分析的上述缺點而發展的，由於在變量空間的N個客體點的主因子F1、F2、…與在客體空間的p個變量點變量點的主因子G1、G2…在各自的總方差中的貢獻(占的百分比)是相同，因此可用同樣的因素軸去同時呈現變量與客體。於是對應性分析將R型與Q型分析統一，把變量與客體反映在同一座標圖中，便於作統計意義的解釋。對應分析可提供3種訊息：

- 一、變量點間的關係，相鄰近的變量點表示其相關性密切；
- 二、客體點間的關係，相鄰近的客體點表示具有類似的性質，屬於同一類；
- 三、變量與客體間的關係，同一類的客體點將為鄰近的變量所表徵。

上述的三種訊息可以在同一張圖上表示出來，從而可以進行分類、和統計推斷解釋。另外對應分析還具幾項優點[14]—沒有資料尺度的限制、客體點間無需互為獨立樣本、未能將所變量列入研究或變量點間的相關性高亦不影響分析結果。

然而對應性分析法只能讓資料自己說

話，意即只能做描述性分析，而無法以推論分析來檢定假說[15]。

材料與方法

一、研究流程

(一) 醫院形象屬性相關文獻探討，歸納出本研究所採之26項屬性，如下：

1. 醫師的醫術[7,16-17]；
2. 醫師的醫德[16-19]；
3. 醫師的服務態度[7,16-21]；
4. 醫師的名望聲譽[16,18-20]；
5. 現代化的儀器和設備[16-17,19-21]；
6. 治療的效果[23-24]；
7. 藥品的效果[21,23]；
8. 醫師以外的醫事人員(例如：護理人員、藥師、檢驗師)的服務態度[7,15-17,19-22,24]；
9. 行政人員(例如：掛號、批價人員)的服務態度[7,15-17,19-20,22,24]；
10. 等候掛號時間的長短[16,19-20,22,24]；
11. 等候看診時間的長短[16,19-20,22,24]；
12. 等候批價時間的長短[16,19-20,22,24]；
13. 等候領藥時間的長短[16,18-20,22,24]；
14. 醫師看診時間的長短[22]；
15. 健保額外收費水準高低[7,15-22]；
16. 離居住或工作地點的遠近[7,15,17-18,20-23]；
17. 交通是否方便[7,16-20,23]；
18. 停車是否方便[7,16,18-20,23]；
19. 醫院是否熱心公益[16,19]；
20. 醫院是否熱心於衛教的推展[7,16-17,19,23]；
21. 醫院的環境整潔舒適[17-18,21-22]；
22. 對病人的後續追蹤與照護[17,19]；
23. 醫院的外觀建築[16,18-19,23-24]；
24. 醫院的內部景觀設計[16,18-19,23]；
25. 醫院的知名度和口碑[15-17,19,21]；
26. 醫院的醫學研究風氣[16,19]。

(二) 獲取醫院形象構面

將26項醫院形象屬性設計成五點式的李克特氏量表(Likert Scale)，以167位台大公衛系學生為施測對象，回收有效問卷137份(回

收率82.0%)，並透過因素分析的結果，獲得五個共同因素，即形象構面，包括：等候時間的長短、醫院的整體觀感、門診的醫療品質、就醫的便利性以及醫院和醫師的名聲。

(三) 設計問卷，以測量五個形象構面的重要性與滿意度。

(四) 問卷施測與資料蒐集。

(五) 進行重要性／績效分析與對應性分析，以呈現各醫院目前的形象定位。

二、研究變項及其操作型定義

(一) 形象構面重要性(P_j)

係指民衆在選擇醫院就醫時，對於各個形象構面所認知的重要性程度，包括五個構面：(1)等候時間的長短；(2)醫院的整體觀感；(3)門診的醫療品質；(4)就醫的便利性；(5)醫院及其醫師的名聲。以五點式李克特氏量表測量之，1至5分依序代表非常不重要、不重要、普通、重要以及非常重要。

(二) 形象構面滿意度(D_{ij})

係指民衆對於各醫院的各個形象構面的滿意度，同樣以五點式李克特氏量表來測量，1至5分依序代表很不滿意、不滿意、普通、滿意以及很滿意。此項的滿意度，評估者不需要有親身的就醫經驗，只需憑其印象加以評估即可，如果評估者實在對某家醫院的某一構面毫無印象，則劃記“×”，計分時以零分計算。

(三) 醫院的形象(A_i)

係指民衆對於各醫院整體形象而言，以多元屬性衡量法中的適當性—重要性模式計算得之。計算方式如下：

$$A_i = \sum_{j=1}^n P_j D_{ij}$$

其中 A_i ：表示受測者對於醫院i所認知的形象；

P_j ：表示受測者對於構面j所認知的重要程度；

D_{ij} ：表示受測者對於客體(或醫院)i之構面j的滿意程度；

n ：表示構面的數目。

(四) 個人資料，包括：

1. 就診醫院：A醫院、B醫院、C醫院、D醫院、E醫院或F醫院；
2. 性別：男性或女性；
3. 年齡：〔85年—(出生年次)〕；
4. 職業：無工作、家管、學生、軍、公、教、農、商、工、自由業或其他；
5. 居住地點：台北市、台北縣或其他；
6. 工作地點：台北市、台北縣或其他；
7. 家庭年收入：80萬元以下、80～100萬元、100～130萬元、130～170萬元或170萬元以上；
8. 教育程度：未接受正式教育、小學、國中或初中、高中或高職、大專(含大學及專科)或研究所以上。

三、研究對象與資料蒐集

(一) 研究對象

1. 醫院部份：台北市的六家醫學中心(含準醫學中心)，包括三軍總醫院、台大醫院、台北長庚醫院、台北馬偕醫院、台北榮民總醫院以及國泰醫院等六家醫院。文中將以A、B、C、D、E、F代號稱之(註：醫院排列順序與代號順序無關)。
2. 民衆部份：樣本醫院的家庭醫學科就診民衆，以每家醫院有效樣本為100之目標，進行立意取樣。

(二) 資料蒐集

依據研究架構與研究變項的操作型定義設計問卷，並於85年3/13～4/19期間進行問卷施測。問卷的發放由診間護理人員發給每位家醫科的就診民衆，如對問卷有任何疑問，則由診間外的問卷施測人員(至少一人)負責解釋研究目的與題意，而且為避免護理人員過於忙碌而漏失樣本，該人員在診間外亦需適時補發。如果在此期間內重複的個案，只發給一次問卷。共計發出問卷1519份，回收有效問卷612份，回收率為40.3%。

四、資料處理與統計分析

(一) 資料處理



問卷回收後，遇有漏答者皆以電話追蹤訪問補齊。如果沒有電話可供追蹤之問卷則視形象構面重要性及形象構面滿意度等變項問題是否答全，若答全視為有效問卷，若否則視為無效問卷。追蹤後，將所有有效問卷譯碼，並以PEII鍵入電腦檔。再者為提高資料的正確性，將鍵入電腦的資料進行除錯與整理，然後進行統計分析。

(二) 統計分析

以SAS for DOS 6.04版統計軟體及EXCEL 5.0試算表進行下列統計分析：

1. 描述性分析

以次數分配、百分比、平均數、標準差等，來描述樣本人口的分佈情形。

2. 重要性／績效分析(Importance-Performance Analysis)

定位分析方法的一種，個別分析醫院的五個形象構面間的關係，並顯示醫院應保持或改善的構面。

3. 對應性分析(Correspondence Analysis Approach)

定位分析方法的一種，可顯示醫院與醫院、醫院與形象構面、形象構面與形象構面間的相對位置關係。

4. 資料的信度與效度

本研究之問卷效度採專家效度。在信度方面則採Cronbach α 係數，其中26項醫院屬性之李克特氏量表的 α 係數值為0.9606，信度頗高。而問卷中形象構面重要性與五家醫院之形象構面滿意度的Cronbach α 係數值則在0.6112~0.9385之間。

五、研究限制

在研究主題方面，醫院形象應是一種持續性的改變，因此最好能進行縱斷面的研究，然而本研究囿於時間與經費之限制，只能以橫斷面的研究作一初探。又形象的研究結果常隨對象(包括消費者與照護提供者)、照護類型以及機構型態的不同而差異大，外推性不佳。

在資料蒐集方面，本研究係以家醫科就診民眾為研究對象，因此無法呈現民眾對醫院的整體看法與態度。再者，由於各醫院的

家醫科門診時間並不一致，且每日門診的人數差異亦大，因此無法在同一時點或同一期間同時蒐集六家醫院的樣本，致使其可比較性降低。

結 果

一、樣本描述

本研究所得的有效樣本數為612人，有效問卷回收率為40.3%，其中各醫院的樣本分佈為：A醫院104人(16.7%)、B醫院134人(21.9%)、C醫院65人(10.6%)、D醫院117人(19.9%)、E醫院83人(14.2%)、F醫院109人(18.0%)。男性283人，佔總樣本的46.2%，而女性有329人，佔53.8%。樣本人口平均年齡為46.4歲(SD=18.05)。職業以從商和家管居多(39.7%)，而大多數的樣本的居住地點(60.0%)和工作地點(41.7%)都在台北市，家庭年收入在一百萬以下(63.0%)，而教育程度則是大專以上居多(47.7%)。

二、重要性／績效分析

在前言中曾提到重要性／績效分析的基準最好使用中位數，但本研究的結果發現一若以中位數(4,3)為基準點，則其構面的分佈集中在第二、三區，且各醫院情形皆一模一樣，即等候時間的長短、就醫的便利性二個構面位於第三區，為非迫切改善區；而門診的醫療品質、醫院的整體觀感、醫院及醫師的名聲三個構面位於第二區，為迫切改善區，區分效果不佳。

因此將基準點改用平均值，而可以得到較好的區分效果。首先計算所有形象構面重要性分數的平均數，為4.19(P_0)；以及所有形象構面滿意度的平均值，為2.48(D_0)。

再者，將各個形象構面重要性分數平均值(P_i)減去上述之平均值4.19，為Y；而以i醫院(i=A醫院、B醫院、C醫院、E醫院、D醫院或F醫院)的各個形象構面滿意度的平均數(D_{ij})減去上述之平均值2.48，為X。以(X, Y)點繪於一座標圖上，結果為：

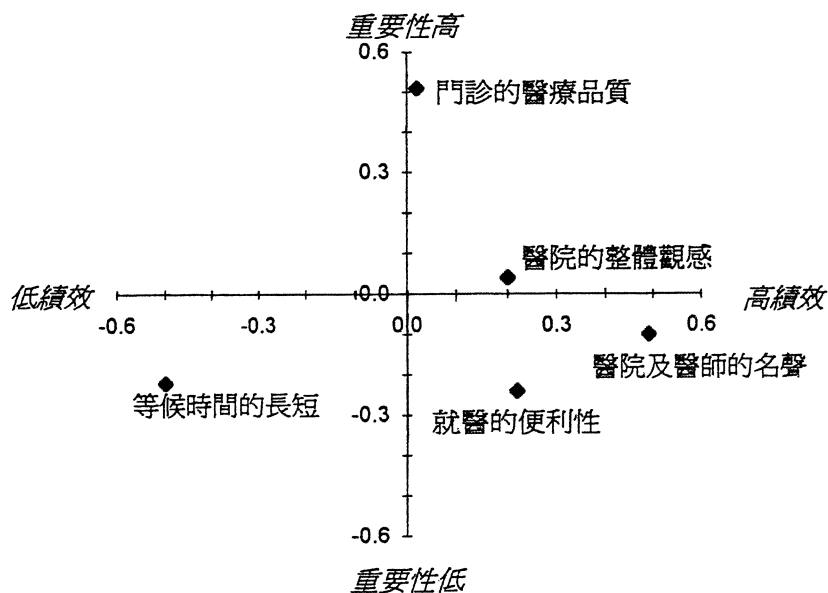
(一) A醫院重要性／績效分析

如圖二，門診的醫療品質與醫院的整體

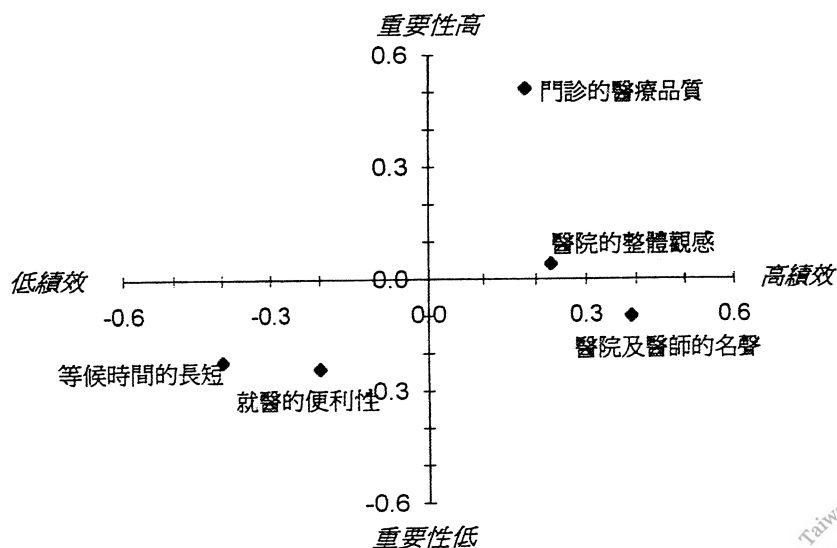
觀感的重要性和績效都高，應該繼續保持；醫院和醫師的名聲與就醫的便利性則重要性低，但績效高，可能是過猶不及；而等候時間的長短績效雖低，但重要性並不高，需要改善但並不是非迫切；而圖中顯示 A 醫院在這五項中並無迫切改善之處。

(二) B 醫院重要性／績效分析

如圖三，門診的醫療品質與醫院的整體觀感的重要性和績效都高，應該繼續保持；醫院和醫師的名聲重要性低，但績效高，可能是過猶不及；而等候時間的長短與就醫的便利性績效雖低，但重要性並不高，需要改善但並不是非迫切；而圖中顯示 B 醫院在這五項中並無迫切改善之處。



圖二 A 醫院之重要性／績效分析圖



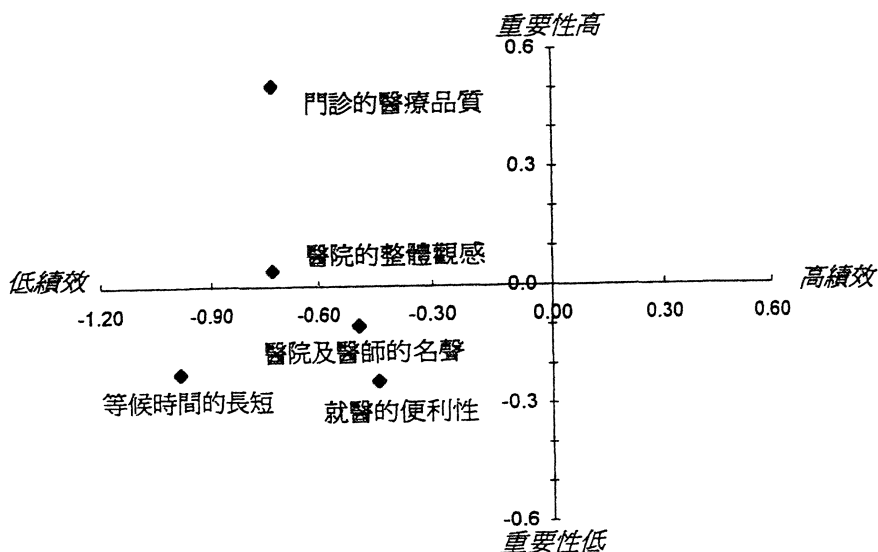
圖三 B 醫院之重要性／績效分析圖

(三) C醫院重要性／績效分析

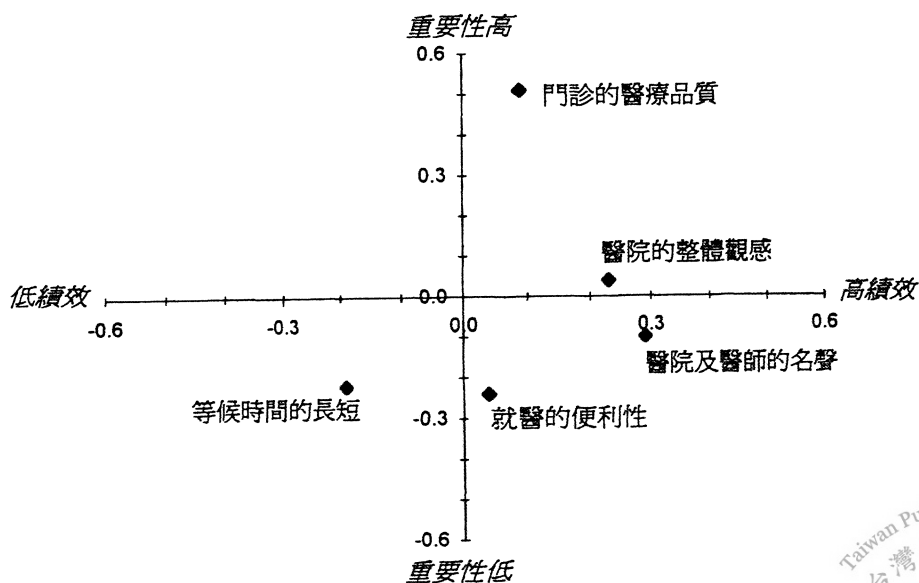
如圖四，門診的醫療品質和醫院的整體觀感重要性高，但績效低，是必須迫切改善的地方，醫院及醫師名聲、等候時間的長短，以及就醫的便利性績效雖低，但重要性並不高，必須加以改善但並不是非常迫切。

(四) D醫院重要性／績效分析

如圖五，門診的醫療品質與醫院的整體觀感的重要性和績效都高，應該繼續保持；醫院和醫師的名聲與就醫的便利性則重要性低，但績效高，可能是過猶不及；而等候時間的長短績效雖低，但重要性並不高，需要改善但並不是非迫切；而圖中顯示D醫院在這五項中並無迫切改善之處。



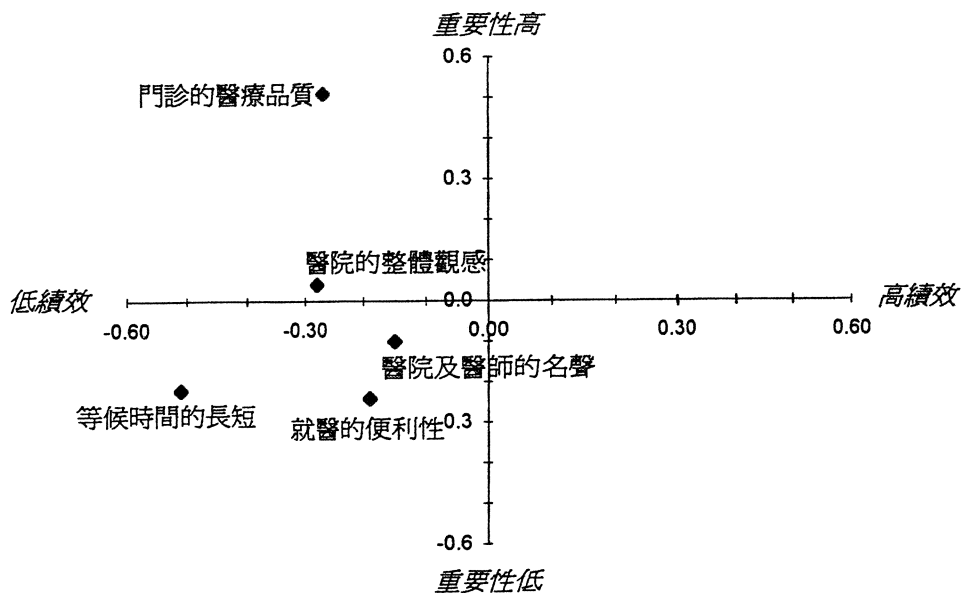
圖四 C醫院之重要性／績效分析圖



圖五 D醫院之重要性／績效分析圖

(五) E醫院重要性／績效分析

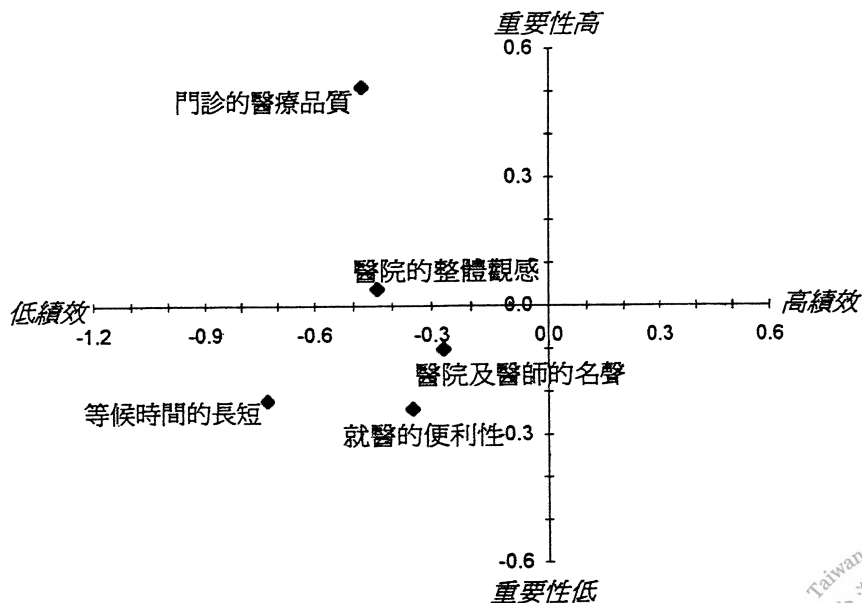
如圖六，門診的醫療品質與醫院的整體觀感重要性高，但績效低，是必須迫切改善的地方，醫院及醫師的名聲、等候時間的長短，以及就醫的便利性績效雖低，但重要性並不高，必須加以改善但並不是非常迫切。



圖六 E醫院之重要性／績效分析圖

(六) F醫院重要性／績效分析

如圖七，門診的醫療品質與醫院的整體觀感重要性高，但績效低，是必須迫切改善的地方，醫院及醫師的名聲、等候時間的長短，以及就醫的便利性績效雖低，但重要性並不高，必須加以改善但並不是非常迫切。



圖七 F醫院之重要性／績效分析圖

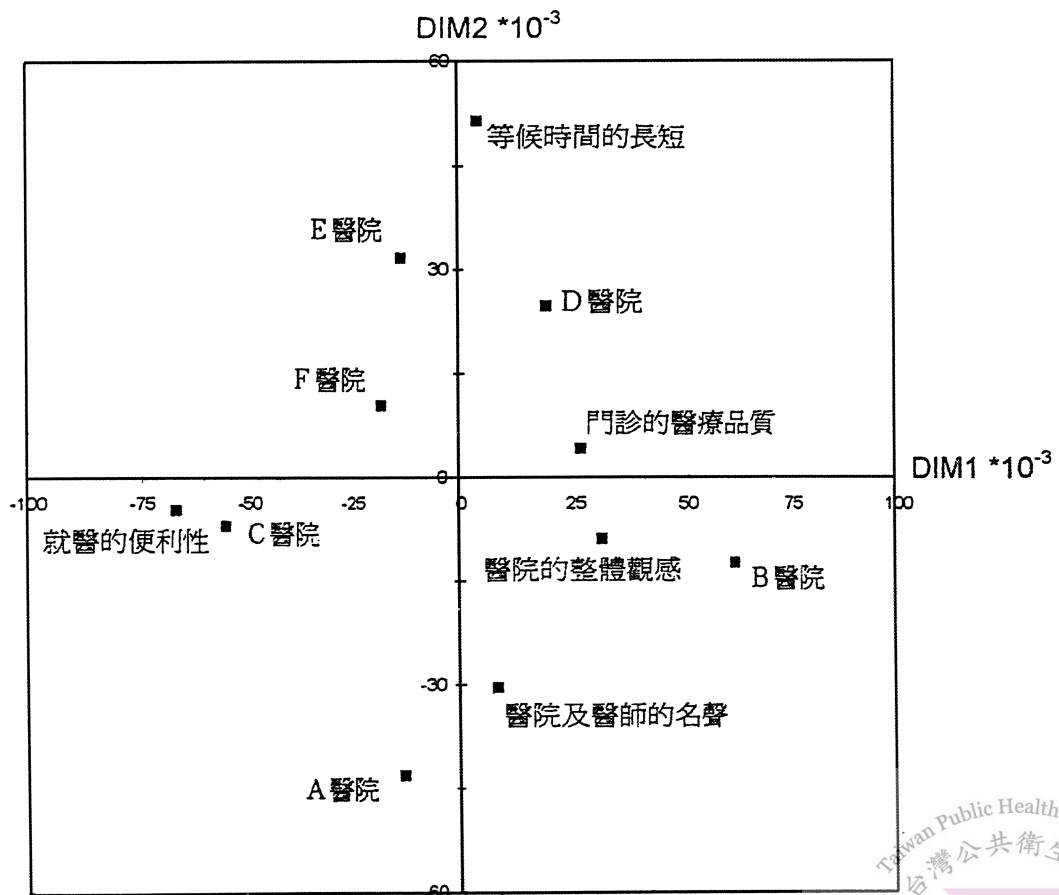
三、對應性分析

將每家醫院的每個形象構面滿意度分數或形象分數加總後，以統計軟體SAS的Corresp procedure，進行對應性分析。分析結果，以滿意度分數投入分析者，得到4個特徵值，分別可解釋的變異量為63.46%、33.84%、2.64%及0.07%，取前兩個向量，共可解釋97.3%的變異量。分解至各變項(即形象構面)，及各客體(即醫院)中，並以dimension 1及dimension 2的值繪製對應性分析知覺圖，如圖八。

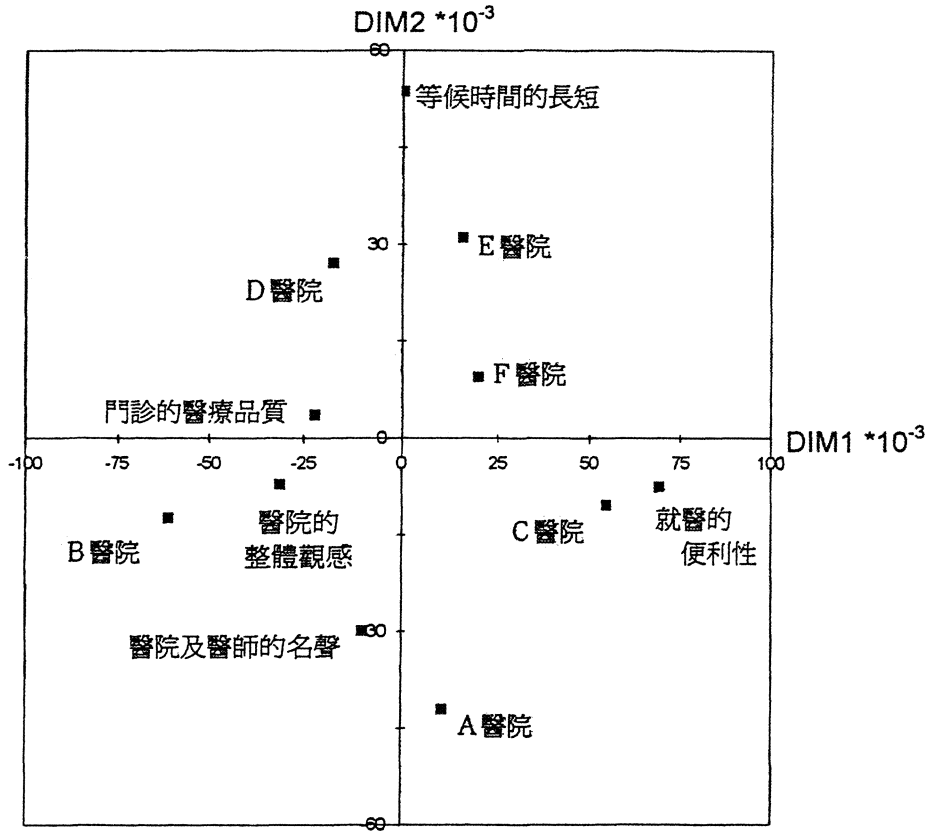
而以形象分數投入的分析(加權模式)，所得到的4個特徵值可解釋的變異分別為62.5%、34.3%、2.65%及0.10%，亦取前兩個變量，共可解釋97.25%的變異量，同上將分析結果繪製成對應性分析知覺圖，如圖九。

兩種投入分數的對應性分析結果，在可解釋的變異量上相同，而且雖然有些構面點或醫院點所座落的象限並不相同，但構面點與構面點、構面點與醫院點，以及醫院點與醫院點之間的距離大致上亦無太大差異。在對應性分析知覺圖中：

- 一、當醫院點與構面點的距離近，則表示構面為醫院的表徵。如C醫院與就醫的便利性距離很近，即表示民衆認為就醫的便利性是C醫院的特性；
- 二、當構面點與構面點的距離近，則表示構面在民衆的心目中具有某種程度的同義性。例如門診的醫療品質與醫院的整體觀感距離頗近，即表示兩個構面的意義對民衆而言相差不遠；



圖八 台北市六家醫學中心之對應性分析知覺圖



圖九 台北市六家醫學中心之對應性分析知覺圖(加權模式)

三、當醫院點與醫院點的距離近，則表示醫院在民衆心目中具有某種程度的同質性。例如D、E與F醫院的距離近，即表示在民衆心目中三家醫院的定位類似。

此外，由兩項形象定位分析中可知：(1)在五項形象構面中，民衆認為較重要者為“門診的醫療品質”以及“醫院的整體觀感”，其他三項(等候時間的長短、就醫的便利性與醫院及醫師的名聲)則是較為不重要的構面；(2)“等候時間的長短”和“門診的醫療品質”的兩個構面點距離各醫院皆有相當距離，顯示在民衆心目中這六家醫院並未占據這兩個位置，亦即此二者為消費者心目中開放的位置，是可以發展行銷策略定位點。

討 論

從各醫院的重要性／績效分析圖上看來，樣本人口對於A醫院與D醫院的認知狀況是類似的，並無迫切改善的構面，而C醫院、E醫院、F醫院在門診的醫療品質、醫院的整體觀感是急需改善之處。整體而言，各醫院在等候時間方面都需再加強改善，而B、C、E和F醫院需注意就醫的便利性。

重要性／績效分析圖亦是一種知覺圖，因此雖然呈現的構面是急需改善，但並不一定代表醫院在這方面做得不夠好，有時可能只是出自於醫院與民衆雙方的溝通不良。醫院應衡量本身的實際狀況，先進行內部分析，再與重要性／績效分析之結果相互比較，找出醫院目前最迫切改善之處，以便作重點式之管理。

在重要性／績效分析法的文獻探討中，Martilla & James 曾提到以「中位數」為基準

點可得較為滿意的結果(即區分效果較佳)。但本研究分析結果卻是大部份的形象構面都落在第三區,可能是因為六家醫院的性質極為接近(皆為醫院中心或準醫學中心),而無法達到區分的目的,而此分析的主要目的在於比較並區分醫院與其競爭者的特性。因此本研究改以「平均值」為基準點進行分析以達到區分之效果。

在對應性分析圖中,就醫院與構面的關係來看,樣本人口認為A醫院目前的定位是接近於醫院和醫師的名聲,B醫院是醫院的整體觀感,C醫院則是就醫的便利性,而D、E和F醫院目前的定位並不是很明確。若以醫院與醫院間的關係來看,D、E、F醫院的定位似乎具有某種程度的同質性,如果這個同質性繼續發展下去,則這三家醫院的競爭性會逐漸升高。再以構面與構面間的關係來看,民衆對於門診的醫療品質與整體觀感的認知與評價雷同。

“等候時間的長短”和“門診的醫療品質”與各醫院點都有一定距離,表示此兩者在目前市場中可能是尚未被佔據的開放位置、市場空隙,是可以發展的定位策略。

雖然“等候時間”或“醫療品質”是目前可能的開放位置、市場空隙,每家醫院都可以發展策略來進駐這個理想位置,但是對於定位已明確的醫院,如果想要改變目前的定位來競爭這些位置(亦即重新定位)卻不是好的策略。因為消費者只會接收與其形象認知相符的訊息,而重新定位卻是企圖改變消費者既定的形象認知,這是一項龐大的工程,耗時、耗力、耗資源,所以建議目前定位明確的醫院,以強化消費者的形象認知為主。而不建議定位尚不明確的醫院去選擇已被佔據的位置,亦是相同的道理。

結論與建議

Ries & Trout[8]曾提到選擇定位的三種策略:(1)如果在市場中屬於領導地位者,應加強並提升目前的定位,並強化消費者原本既存的概念與形象;(2)如果在市場中屬於追隨者的地位,則尋找在一群潛在顧客心目中

的開放位置(即市場空隙),並進佔此位置;(3)消除或替競爭者重新定位;亦即在定位策略過程中,如果不能成為第一,就要為自己創造一個第一,或者尋找一個和競爭者不同的差異化定位。

由Ries & Trout的定位策略與本研究分析之結果相對應可知一六家醫學中心的家醫科病人所認知的醫院形象定位為A、B、C三家醫院目前的定位明確,故建議其定位策略維持目前的位置並加以強化與提昇(如Ries & Trout的第一種定位策略)。而目前定位不明確的D、E與F醫院可以將位置選擇在“等候時間”或“醫療品質”上來發展定位策略(如Ries & Trout的第二種策略)。

本研究僅針對醫院形象定位,並以全體樣本進行重要性/績效分析和對應性分,如要作更進一步的分析亦可依各種不同的變項,如年齡、教育程度、職業等將樣本區分為數類,分別進行分析,即可得知不同市場區隔對於醫院形象定位的差異性。研究的醫院可以涵概某一區域的各種不同等級醫院,可能較能顯現出各醫院的差異,並且可呈現區域內各醫院的相對位置與競爭態勢。如果可以一般民衆為研究對象,應可減少樣本來自不同醫院的干擾因素以及缺少比較性的缺點。

研究範圍可將門診服務擴增至醫院的所有服務項目,較能完整呈現消費者對於醫院的整體形象;另外在對應性分析的應用上,變量並不只限於醫院的特徵或屬性,亦可是醫院的某項特定的服務,例如復健治療與照護、健康檢查等,而分析的結果可顯示出醫院與其競爭者相較,是否在該項服務上具有競爭優勢,以該項服務是否值得投資與發展。

最後,如果可能的話,儘量蒐集樣本醫院的內部資料,例如醫院規模大小、醫院的主要服務內容、發展中的新服務項目、醫院的成本、在行銷方面的花費、目前的行銷與定位策略……,等,並與形象定位研究結果進行比較分析,更能找出正確的管理重點,以及發展有效的行銷管理策略或定位策略。

致 謝

本研究於資料蒐集過程，承蒙 台大醫院家醫科、台北榮民總醫院家醫科、三軍總醫院家醫科、台北長庚醫院家醫科、台北馬偕醫院家醫科及國泰醫院家醫科的大力協助，謹致謝忱。

參考文獻

1. 行政院衛生署：中華民國八十三年衛生統計(一)公務統計。台北：衛生署，1995；621。
2. 行政院衛生署：中華民國公共衛生概況。台北市：衛生署，1995；147。
3. Gould SJ. Macrodynamic trends in health care: a distribution and retailing perspective. *Health Care Manage Rev* 1988; **13**:15-22.
4. Kotler P, Clarke RN. *Marketing for Health Care Organizations*. 1st. New Jersey: Prentice-Hall, 1978; 545.
5. Lim JS, Zallocco R. Determinant attributes in formulation of attitudes toward four health care system. *J Health Care Mark* 1988; **8**:25-30.
6. Javalgi RG, Rao ST, Thomas EG. Choosing a hospital: analysis of consumer tradeoffs. *J Health Care Mark* 1991; **11**:12-22.
7. Smith SM, Clark M. Hospital image and the positioning of service centers: an application in market analysis and strategy development. *J Health Care Mark* 1990; **10**:13-22.
8. 李定健：行銷定位。台北：經濟與生活，1986；202。
9. 李秀敏：感覺行銷。台北：中國生產力，1995；183。
10. Augustine AJ, Long WJ. Hospital positioning: a strategy tool for the 1990s. *J Health Care Mark* 1992; **12**:15-23.
11. Porter M. *Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors*. 1st. New York: The Free Press, 1980; 396.
12. Martilla JA, James JC. Importance-performance analysis. *J Mark* 1977; **41**:77-9.
13. 羅積玉：多元統計分析：方法與應用。台北：科技圖書，1994；410。
14. Greenacre M, Blasius J. *Correspondence Analysis in the Social Science*. 1st. San Diego: Academic Press, 1994; 370.
15. Javalgi RJ, Whipple T, McManamon M, Edick V. Hospital image: a correspondence analysis approach. *J Health Care Mark* 1992; **12**:12-40.
16. 侯毓昌：中醫門診病人選擇醫院之因素分析及就醫滿意度研究。陽明大學醫務管理研究所碩士論文，1995。
17. 王乃弘、黃松共：民衆對選擇醫院因素及態度之研究—以中部數家醫院為例。醫院 1996; **29**:1-15。
18. 張文瑛：民衆選擇醫院考慮因素的研究。政治大學企業管理研究所碩士論文，1978。
19. 張瑞麟：花蓮地區四家醫院形象定位之研究—對應性分析的應用。陽明醫學院醫務管理研究所碩士論文，1993。
20. 蘇斌光：醫院行銷研究的應用—病人選擇醫院的因素分析。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，1989。
21. Muller A, Bledsoe P. Physicians' ranking of hospital attributes: a comparison by use group. *Health Care Manage Rev* 1989; **14**:77-84.
22. 尹衍樑：就醫態度與轉院行為之關係研究。政治大學企業管理研究所碩士論文，1983。
23. Elbeck M. Health care marketing minicase-Measuring and interpreting dimensions of hospital image: the case of a psychiatric hospital. *J Health Care Mark* 1988; **8**:88-93.
24. Reidenbach RE, Smallwood BS. Exploring perceptions of hospital operations by a modified SERVQUAL approach. *J Health Care Mark* 1990; **10**:47-55.
25. Cohen JB, Fishbein M, Ahtola OT. The nature and uses of expectancy-value models in consumer attitude research. *J Mark Res* 1972; **9**:456-60.

A STUDY ON THE HOSPITAL IMAGE POSITIONING— OUTPATIENT VISITS IN SIX MEDICAL CENTERS' FAMILY MEDICINE DEPARTMENT

YING-CHUN CHANG¹, WENG F. HUANG², SYI SU³

The main purpose of this study was to investigate the current hospital image positioning cognized by consumers. 26 attributes from literature review were constructed with five-point Likert Scale in the survey questionnaire. Five hospital image dimensions were obtained from factor analysis, and further self-administered questionnaires were designed to measure consumers' image positioning among study subjects.

With convenience sampling method, questionnaires were administered to 1519 outpatients visiting six medical centers' family medicine department during March and April 1996 in Taipei. There were 612 questionnaires completed, which represents 40.3% responses rate. After data analysis, the major findings were:

1. Five image dimensions cognized by consumers of this study were the length of waiting time, the holistic impression of the hospi-

tal, the quality of outpatient services, the accessibility to visits, and the reputation of the hospital and doctors.

2. The consumers' hospital image positioning in this study was described as follows:

Hospital A, B and C had specific positions in the market, hospital A was the reputation, hospital B was the holistic impression, and hospital C was the accessibility. However, hospital D, E and F had no specific positions, but bore the same nature with one another, which means they were more competitive.

The quality of outpatient services and waiting time were two open positions unoccupied by any of the six hospitals, it could be developed for the marketing strategy. (*Chin J Public Health. (Taipei): 1998; 17(2): 111-124*)

Key words: *hospital image, positioning, marketing strategy.*

¹ Bureau of National Health Insurance, Northern Branch.

² Insititute of Health and Welfare Policy, National Yang-Ning University.

³ Insititute of Health Care Organization Adiministration, National Taiwan University.

